

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1920

# THÈSE

N°

371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

Essai de Technique

DANS LE

# Traitement Chirurgical des Plaies Palpébrales

par RENÉ FRÉNAY

ASSISTANT DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

---

*Président : F. DE LAPERSONNE, Professeur*

---

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

---

1920



371

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1920

# THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

Essai de Technique

DANS LE

# Traitement Chirurgical des Plaies Palpébrales

par RENÉ FRÉNAV

ASSISTANT DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

---

*Président : F. DE LAPERSONNE, Professeur*

---



PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

---

1920

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

|                                                                     | Professeurs..... | MM.                  |
|---------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|
| Anatomie .....                                                      |                  | NICOLAS.             |
| Anatomie médico-chirurgicale.....                                   |                  | CUNEO.               |
| Physiologie .....                                                   |                  | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale.....                                              |                  | DESGREZ.             |
| Chimie organique et chimie générale.....                            |                  | BESANÇON.            |
| Bactériologie .....                                                 |                  | BRUMPT.              |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....                   |                  | Marcel LABBÉ         |
| Pathologie et Thérapeutique générale.....                           |                  | VAQUEZ.              |
| Pathologie médicale.....                                            |                  | GOSSET.              |
| Pathologie chirurgicale.....                                        |                  | LETULLE.             |
| Anatomie pathologique.....                                          |                  | PRENANT.             |
| Histologie .....                                                    |                  | DUVAL.               |
| Opérations et appareils.....                                        |                  | POUCHET.             |
| Pharmacologie et matière médicale.....                              |                  | CARNOT.              |
| Thérapeutique .....                                                 |                  | BERNARD.             |
| Hygiène .....                                                       |                  | Médecine légale..... |
| Médecine légale.....                                                |                  | BALTHAZARD.          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                     |                  | MENETRIER.           |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                           |                  | ROGER.               |
| Clinique médicale.....                                              |                  | { ACHARD.            |
|                                                                     |                  | { WIDAL.             |
|                                                                     |                  | { GILBERT.           |
|                                                                     |                  | { CHAUFFARD.         |
|                                                                     |                  | { MARFAN.            |
|                                                                     |                  | { HUTINEL.           |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                     |                  | DUPRE.               |
| Clinique des maladies des enfants.....                              |                  | JEANSELME.           |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |                  | P. MARIE.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                |                  | TEISSIER.            |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                       |                  | { DELBET.            |
| Clinique des maladies contagieuses.. ..                             |                  | { QUENU.             |
|                                                                     |                  | { LEJARS.            |
| Clinique chirurgicale.....                                          |                  | { HARTMANN.          |
|                                                                     |                  | { DE LAPPERSONNE.    |
| Clinique ophtalmologique.....                                       |                  | { LEGUEU.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                      |                  | { BAR.               |
| Clinique d'accouchements.....                                       |                  | { COUVELAIRE.        |
|                                                                     |                  | { BRINDEAU.          |
| Clinique gynécologique.....                                         |                  | { J. L. FAURE.       |
| Clinique chirurgicale infantile.....                                |                  | { Auguste BROCA.     |
| Clinique thérapeutique.....                                         |                  | { Albert ROBIN.      |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                              |                  | { Pierre SEBILEAU.   |

## Agrégés en exercice :

| MM.        |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| ALGLAVE.   | GUILLAIN.         | LÉPER      | ROUSSY    |
| BRANCA.    | LABBÉ, HENRI      | MOCQUOT    | ROUVIERE  |
| CAMUS.     | LAIGNEL-LAVASTINE | MULON      | SCHWARTZ  |
| CASTAIGNE. | LANGLOIS          | NOBECOURT  | SICARD    |
| CHAMPY.    | LECENE            | OKINCZYC   | TANON     |
| CHEVASSU.  | LEMIERRE          | OMBREDANNE | TERRIEN   |
| DESMAREST. | LENORMANT         | RATHERY    | TIFFENEAU |
| GOUGEROT.  | LEQUEUX           | RETTERER   | VILLARET  |
| GREGOIRE.  | LEREBoullet       | RIBIERRE   | ZIMMERN   |
| GUENIOT.   | LERI              | RICHAUD    |           |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE M. L'ABBÉ CH. FRÉNAV

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. DE LAPPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ

DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS



# TRAITEMENT DES PLAIES DE PAUPIÈRES

---

## INTRODUCTION

---

La Chirurgie de la face ne doit pas se préoccuper seulement de guérir, elle doit poursuivre un second but souvent plus difficile à atteindre, un but esthétique : éviter autant que possible qu'une réparation de plaie de quelque variété ou de quelque origine qu'elle soit n'entraîne des cicatrices vicieuses et des rétractions enlaidissantes.

La région palpébrale sera l'objet d'une particulière attention de la part du chirurgien, car si un traumatisme des joues, du menton, du front peut parfois se réparer sans entraîner de fâcheuses modifications dans l'expression de la physionomie, il en est rarement de même s'il frappe les paupières.

D'autre part, la paupière, organe de protection, est elle-même peu protégée et son atteinte, légère ou grave, est d'une extrême fréquence. Or, la forme de la fente palpébrale, le relief des paupières, la possibilité et l'étendue de leurs mouvements, la continuité exacte de leur bord libre, la régularité de la ligne ciliaire sans perte de cils, sont des facteurs de premier ordre dans l'expression individuelle.

De plus, la paupière, avons-nous dit, est un organe protecteur ; ce rôle physiologique qui lui est dévolu est en effet d'extrême importance : intacte, elle met à l'abri la cornée, partie du globe aussi essentielle que fragile ; détruite sur une étendue quelconque et secondairement rétractée, elle ne remplira plus sa fonction et l'épithélium cornéen sera livré aux moindres traumatismes dont les effets pourront avoir les suites les plus déplorables. L'épithélium altéré, qui, sous la paupière fermée, se répare avec une grande rapidité, continuera à subir les atteintes extérieures, minimales peut-être, mais répétées, et l'érosion superficielle du début, qui normalement eut pu passer presque inaperçue, pourra s'étendre en largeur et profondeur, s'infecter, laisser, même si l'on intervient alors, des traces indélébiles qui entraîneront une baisse de vision notable, parfois complète et sans remède.

Il importe donc d'intervenir rapidement dans la réfection de ces plaies, puisque le résultat tant cosmétique pour la paupière que physiologique pour l'œil sera fonction de l'obtention immédiate de la guérison par première intention.

Notre Maître, le Professeur Duverger, à qui nous sommes heureux d'adresser un témoignage de reconnaissance pour les enseignements qu'il nous a quotidiennement prodigués pendant l'année passée près de lui à la Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Strasbourg, eut pendant la guerre, comme chef de centre ophtalmologique aux Armées l'occasion de soigner un grand nombre de blessés des yeux et des paupières. Tirant de ses multiples observations des déductions pratiques, il établit quelques règles de technique précises dans la répa-

ration de ces traumatismes. Adaptables à la chirurgie palpébrale de paix, nous avons eu assez fréquemment l'occasion de les lui voir appliquer et de les appliquer nous-mêmes dans son service pour, sur son conseil, les exposer dans ce travail.

Basées sur les principes du dédoublement de la paupière en un plan superficiel musculo-cutané et un plan profond tarso-conjonctival, du glissement de ces deux plans l'un sur l'autre de façon que les lignes de sutures ne soient pas superposées et qu'ainsi il y ait accolement de surfaces cruentées plus résistantes, la technique en sera modifiée selon le siège et l'étendue de la lésion. Si le traumatisme n'entraîne qu'une section complète verticale de la paupière intéressant le bord libre, la suture en deux plans suffira ; s'il produit une perte de substance inférieure au tiers, le même procédé donnera encore de bons résultats. Si la perte de substance est plus étendue, mais proche de l'angle externe, une autoplastie par glissement pourra suppléer au tissu manquant.

Enfin, s'il y a un délabrement considérable, on devra, après tarsorrhaphie indispensable, entreprendre une autoplastie immédiate et primitive.

Avant de décrire la technique qui nous a semblé la meilleure dans chaque cas, technique qu'illustreront quelques dessins schématiques dus à l'amabilité du Docteur Mettey, nous exposerons le mode d'anesthésie et l'instrumentation que nous utilisons dans toutes ces opérations, les plus simples ou les plus complexes.

## CHAPITRE PREMIER

---

### ANESTHÉSIE ET INSTRUMENTATION

Toutes les opérations limitées aux paupières peuvent et doivent être pratiquées à l'anesthésie locale. Cette anesthésie portera uniquement sur la ou les paupières traumatisées, si les paupières seules sont intéressées par le traumatisme ; par contre, si, complication fréquente, la plaie n'est pas limitée à l'appareil protecteur, mais a produit une lésion grave du globe entraînant avec elle de vives douleurs, l'anesthésie des filets nerveux sensitifs des paupières sera précédée d'une anesthésie profonde du globe.

Cette anesthésie, couramment et chaque fois utilisée par nous dans toutes les interventions faites sur un globe douloureux, se pratique de la manière suivante :

Nous employons une solution de novocaïne à 4 % :

Novocaïne : 0 gr. 08 centigrammes ;

Adrénaline au 1/1.000<sup>e</sup> : 2 gouttes ;

Eau distillée : 2 centimètres cubes,

en ampoules stérilisées.

Après instillations répétées à intervalles de cinq minutes de quelques gouttes de cocaïne à 5 ou 10 %, mesure qui devra précéder toute intervention bénigne ou grave sur l'œil, nous repérons le bord inférieur de l'orbite avec l'index gauche, qui fixe sur la crête orbitaire la peau de la paupière inférieure, puis, assez brusquement, pour

affaiblir autant que possible, la sensation toujours désagréable de la première piqûre, de la main droite, à un centimètre et demi au-dessous de la commissure externe, nous enfonçons au ras de l'os une aiguille de trois centimètres et demi, dirigée ensuite en haut, en arrière et en dedans, l'orientant vers l'angle supéro-interne de l'orbite.

Le choix de cette longueur d'aiguille n'est pas sans intérêt. Des recherches faites sur le cadavre frais par le Professeur Duverger lui ont, en effet, montré les désavantages de l'emploi d'aiguilles plus longues ou plus courtes.

Avec une aiguille de trois centimètres, la solution anesthésiante n'est pas portée suffisamment près du ganglion et des nerfs ciliaires visés, ceci au détriment d'une bonne infiltration anesthésique.

D'autre part, une aiguille trop longue, quatre centimètres et demi, pourrait léser le nerf optique, non à sa sortie ou peu après sa sortie du globe où, libre et flexueux, il est facilement repoussé par la pointe de l'aiguille, mais au niveau de sa pénétration dans le trou optique où il est alors complètement fixe. Cette aiguille de trois centimètres et demi étant donc obliquement enfoncée en totalité, on injecte le contenu de la seringue en ayant soin de lui faire faire quelques oscillations en tous sens, afin d'infiltrer toute l'atmosphère celluleuse où cheminent les nerfs ciliaires. Ce premier temps de l'anesthésie, nécessaire seulement dans les cas où la moindre pression sur le globe éveille quelque douleur, doit être suivi d'un second, celui-ci toujours indispensable et portant directement sur les paupières. Si la paupière inférieure est atteinte, on invitera le patient à

regarder en haut et puis, utilisant une seringue contenant 2 centimètres cubes de novocaïne à 4 %, on piquera l'aiguille longue de 2 centimètres  $1/2$  à 3 centimètres à un demi-centimètre en dehors et un peu au-dessous de la commissure externe en ne traversant que la peau ; tout en poussant le piston, on dirigera la pointe vers la base de la paupière, injectant, chemin faisant, les deux centimètres cubes de solution. S'il s'agit de la paupière supérieure, on procédera de même en piquant au-dessus de la commissure, le malade regardant en bas.

Enfin, si l'opération intéresse les deux paupières, après avoir anesthésié l'une d'elles, l'aiguille ne sera pas complètement retirée, on en maintiendra la pointe dans l'épaisseur des tissus, au voisinage de l'orifice d'entrée, et, la seringue étant rechargée, on procédera pour la seconde comme pour la première. Il importera d'attendre ensuite au moins cinq minutes ; l'anesthésie des paupières, bord libre et conjonctive, sera alors parfaite et l'œdème local immédiat que produit l'injection du liquide, œdème en général insignifiant, sera réduit au minimum, ne gênant en rien l'intervention.

Les autoplasties palpébrales, si étendues soient-elles, seront également faites à l'anesthésie locale. Les lambeaux pédiculés pris à la tempe, au front ou à la joue, exigeront une méthode d'anesthésie spéciale répondant à l'innervation complexe de chacune de ces régions ; le principe sera d'isoler le lambeau prélevé par des traînées d'anesthésique qui feront barrage sur toute sa périphérie. C'est ainsi que, pour le lambeau frontal, le nasal interne, le frontal interne et externe, le lacrymal, seront anesthésiquement sectionnés par une injection traçante allant de la queue du sourcil à son extrémité interne,

puis, selon que le lambeau pivotera sur un pédicule interne ou externe, on fera une deuxième injection perpendiculaire partant soit de la tête du sourcil, soit de la commissure externe.

Pour une autoplastie à lambeau temporal, on pratiquera une injection tragante sur le tiers externe du rebord orbitaire, afin d'obtenir l'insensibilité dans la zone innervée par le lacrymal, mais, si l'intervention doit intéresser la commissure externe et le ligament palpébral, il sera bon de faire, en outre, l'anesthésie du fronto-lacrymal à la fente sphénoïdale, cette région recevant des filets sensitifs venant de la profondeur et difficiles à atteindre par les seules injections sous-cutanées. Enfin, une injection tragante allant obliquement de l'angle externe vers le tragus anesthésiera les filets terminaux du maxillaire supérieur et du plexus cervical superficiel.

De même, dans le prélèvement d'un lambeau jugal, dont l'innervation dépend des nerfs maxillaire supérieur, maxillaire inférieur et plexus cervical, on obtiendra l'anesthésie de la région en poussant une première injection dans le trou sous-orbitaire, une seconde tragante le long du tiers externe de l'orbite pour le lacrymal, enfin en établissant un barrage pour le maxillaire inférieur et le plexus cervical, l'aiguille étant enfoncée un peu au-dessus de la commissure des lèvres et conduite directement en arrière jusqu'au bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, puis, enfoncée à nouveau à ce point, conduite verticalement jusqu'au tragus.

*Instruments.* — La chirurgie des paupières ne nécessite pas un arsenal très spécial ; toutefois, on aura inté-

rêt à utiliser, en dehors du bistouri droit, petit modèle, soit un bistouri à double tranchant pour dédoublement de la marge des paupières, soit un couteau lancéolaire droit, ou mieux encore un couteau de Graefe. La plaque de Iàger ne sera pas d'une très grande utilité ; par contre, de petites pinces sans griffes et fines seront indispensables pour la préhension et le maintien des plans dédoublés. En dehors des points de rapprochement palpébraux subissant une légère traction, qui seront faits avec des soies N° 1, on n'utilisera pour les points d'affrontement cutanés, toujours superficiels, que des soies très fines N° 0 ou 00 ; on évitera de laisser entre ces points des espaces entrebaillés. Quant au rapprochement des bords des plaies produites opératoirement après prélèvement de larges lambeaux, au front ou à la joue, on pourra trouver avantage à faire les points de traction forte au crin de Florence, les grosses soies qui pourraient remplir le même office étant beaucoup plus facilement infectables.

L'hémostase définitive est rarement nécessaire ; l'hémostase spontanée survient le plus souvent avant la fin de l'intervention ; toutefois, pour éviter un hématome qui s'opposerait à la bonne coaptation des lambeaux plastiques, si une artériole saignait trop abondamment, elle serait pincée et liée au catgut N° 00.

Tout drainage sera non seulement inutile mais nuisible ; après nettoyage de la plaie réparée avec un peu de sérum ou de liquide de Dakin dédoublé, on touchera les fils à l'alcool iodé. Enfin, une épaisseur de tulle gras Lumière isolera la réfection plastique de la première compresse sèche pour éviter l'adhérence du pansement à l'autoplastie et en faciliter d'autant les pansements

consécutifs. Ces pansements seront renouvelés quotidiennement ; le premier jour, l'application du tulle gras de la veille pourra être maintenue ; le surlendemain, on la renouvellera après attouchement des fils à l'alcool iodé ; quelques fils d'affrontement pourront même déjà être enlevés ; si l'un d'eux semblait déterminer une petite réaction inflammatoire, il serait immédiatement ôté, car un fil infecté ne peut servir qu'à infecter le voisinage.

De ces soins post-opératoires aussi minutieux qu'indispensables dépend, en grande partie, le succès de l'intervention.

---

## CHAPITRE II

---

### PLAIES DES PAUPIÈRES

**avec perte de substance minime, permettant la  
réfection sans emprunt de voisinage**

---

Les plaies de paupières, certes infiniment moins nombreuses et moins variées qu'au cours de ces années de guerre, se présentent cependant, dans la pratique quotidienne, avec une fréquence telle que, profitant des observations et des enseignements recueillis durant les mauvais jours, nous estimions intéressant de décrire le traitement approprié aux principales de leurs modalités, après avoir fixé quelques règles directrices applicables à chacune.

Aujourd'hui comme hier, l'urgence prime tout. Elle est heureusement d'application plus facile, le blessé pouvant rapidement se confier aux soins de l'opérateur. Quelle limite lui assigner ? En général, dans les 24 ou même 48 premières heures, une plaie de face n'est pas infectée ; si donc le blessé se présente dans ce laps de temps, on tentera la réfection immédiate ainsi résumée : nettoyage chirurgical et sutures en deux plans. Ce nettoyage consistera dans la régularisation des lèvres de la plaie, la résection aux ciseaux des téguments contus, l'excision des tissus mâchés, tout en conservant tous

ceux susceptibles de vitalité, n'oubliant pas d'une part la résistance particulière de la face à l'infection, d'autre part la valeur considérable de la peau et de l'orbiculaire des paupières pour son fonctionnement ultérieur. Ces quelques principes étant posés, nous indiquerons maintenant la technique adaptable à chaque cas particulier.

#### A. — PLAIES HORIZONTALES DES PAUPIÈRES

Ces plaies, les plus bénignes, qu'elles altèrent la paupière supérieure ou l'inférieure, peuvent n'intéresser que le plan musculo-cutané jusqu'au tarse ou, sectionnant celui-ci, pénétrer jusqu'au sac conjonctival. On s'en rendra compte en retournant, si possible, la paupière, manœuvre rendue souvent difficile par l'hématome ou l'œdème ; ce dernier, localisé à la paupière inférieure seule, peut occasionner une diplopie croisée par limitation fonctionnelle de l'action du droit inférieur, diplopie pouvant faire croire à des altérations en profondeur ; mais elle sera passagère, disparaissant avec l'œdème lui-même.

Si la plaie est seulement superficielle, après régularisation de ses bords, quelques points d'affrontement suffiront. Le traumatisme a-t-il produit une section complète de la paupière ? Après écartement des bords de la plaie et examen minutieux de la lésion en largeur et profondeur, on excisera aux ciseaux les tissus cellulaire et musculaire mâchés ; cette excision sera faite avec la plus grande économie, dans la crainte d'un ectropion par rétraction cicatricielle secondaire ; ceci fait, on suturera d'abord la conjonctive, en plaçant un premier

point au milieu de la déchirure ; s'il est nécessaire, un ou deux points placés de chaque côté du premier, dont les nœuds seront serrés dans le cul-de-sac, complèteront l'affrontement.

Ce plan profond rétabli, quelques points superficiels réuniront les lèvres cutanées de la plaie. On veillera bien à ce que les deux plans restent libres l'un sur l'autre, qu'aucun fil passé trop profondément ne relie peau et conjonctive ; il entraînerait fatalement des adhérences vicieuses.

Enfin, si la perte de substance, tout en ménageant le bord libre, était considérable, au point de rendre impossible la réunion des bords de la plaie, on se garderait de la laisser sans rien faire, guérir par bourgeonnement, sous le prétexte erroné de gagner de la hauteur. Cette guérison secondaire, lente, donnerait naissance à une cicatrice dure qui limiterait, si elle ne les empêchait complètement, les mouvements palpébraux et nécessiterait fatalement une autoplastie tardive. En agissant ainsi, on perdrait du temps et ferait courir de gros risques à la cornée ; il sera donc à la fois plus simple et plus sage de faire, chaque fois que l'état des tissus voisins le permettra, soit une blépharoplastie par glissement bilatéral, soit une autoplastie primitive à lambeau pédiculé. Des cas semblables sont d'ailleurs d'une éventualité un peu théorique, car il est exceptionnel que dans un traumatisme de cette étendue le bord libre ne soit pas altéré.

Il est, en revanche, dans un traumatisme moyen frappant transversalement la paupière supérieure, une complication sérieuse, moins rare, que l'on doit envisager : C'est la section plus ou moins complète du muscle rele-

veur de la paupière. Nous ne ferons que la signaler ici, nous réservant d'étudier plus loin les moyens d'y remédier.

## **B. — PLAIES VERTICALES INTÉRESSANT LE BORD LIBRE**

Ces plaies peuvent être médianes, divisant la paupière le plus souvent en deux parties, quelquefois en trois, avec lambeau médian rétracté vers la joue. Localisées à l'une ou l'autre des deux paupières, quelquefois aux deux à la fois, elles peuvent intéresser soit l'angle interne, soit l'angle externe. C'est dans cet ordre que nous décrirons la technique appropriée à chaque cas.

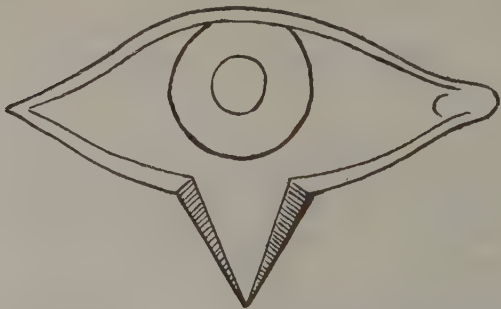
L'étude du procédé de réfection des plaies voisines de l'angle externe formera l'objet d'un court chapitre spécial, ce procédé par glissement étant intermédiaire entre celui du dédoublement simple suivi de sutures en deux plans et les autoplasties à lambeau pédiculé.

### **I. — Plaie Médiane à deux lambeaux**

Cette plaie, même due à une section nette, sans perte de substance, de la paupière, se présente sous la forme d'un V plus ou moins ouvert, selon les tissus manquant. L'action de l'orbiculaire tend, en effet, à écarter les lèvres de la plaie, faisant croire ainsi à une perte de substance beaucoup plus étendue qu'elle ne l'est en réalité. On l'appréciera facilement et exactement en prenant avec une pince les deux extrémités du bord libre rétractées et en les amenant l'une vers l'autre. Dans certains cas, de légères tractions suffiront pour les mettre

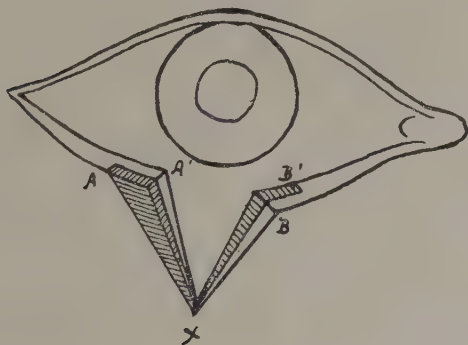
en contact, dans d'autres on y parviendra plus difficilement ; enfin, parfois toute tentative sera vaine. Ainsi, par approximation de la distance franchissable ou non, on appréciera la quantité de tissus manquant. Cette manœuvre terminée, manœuvre précisant la conduite à tenir ultérieurement, on se gardera bien de suturer en un plan les bords rapprochés de la plaie. Semblable technique, préconisée par Adams dans la réparation de la plaie médiane produite chirurgicalement pour réduire l'allongement du bord libre et guérir l'ectropion sénile avait toujours pour résultat plus ou moins éloigné de déterminer une encoche fort disgracieuse au milieu de la ligne ciliaire. C'est pour remédier à cet inconvénient que nous conseillons le mode opératoire suivant :

Dans un premier temps, on fera l'avivement et la résection économique des bords de la plaie pour obtenir des surfaces d'accolement bien nettes (*Fig. I*).



*Fig. I*

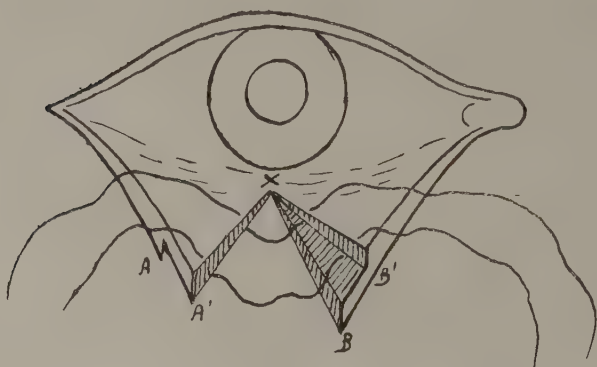
Dans un second, le dédoublement de la paupière de chaque côté du colobome ; ce temps est assez délicat et beaucoup plus difficile à exécuter sur une paupière déchirée et lâche que sur une paupière à bord libre résistant sous-tendue par une plaque de Iâger. On l'exécutera cependant assez aisément en enfonçant, immédiatement en arrière de la ligne d'implantation des cils, à 3 ou 4 millimètres en dedans, puis en dehors des branches du V, la pointe d'un couteau de Graefe qui sera poussée à travers le cuir ciliaire vers la base de la paupière, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'encoche et ramené vers elle.



*Fig. II*

On sectionnera ensuite aux ciseaux d'un côté un triangle muqueux à base B'b en respectant le triangle cutané correspondant ; de l'autre côté le triangle cutané à base Aa en conservant le plan tarso-conjonctival (*Fig. II*).

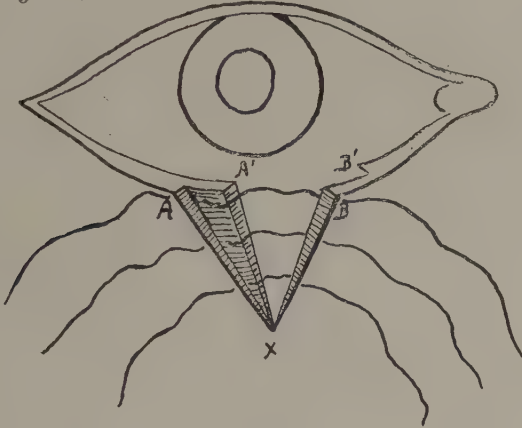
Enfin, dernier temps, on procèdera à la suture de ces deux plans en commençant évidemment par le plan conjonctival. Un premier point sera placé à mi-distance entre le cul-de-sac et le bord libre, le nœud serré dans le cul-de-sac pour qu'il soit facile de l'enlever par la suite. Un deuxième, extrêmement important, devant affronter très exactement les deux bords, les fixera à un millimètre de la lèvre muqueuse du bord libre (*Fig. III*).



*Fig. III*

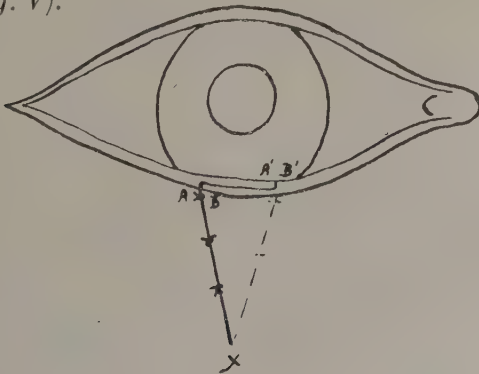
Les bords du plan cutané seront ensuite réunis par des points d'affrontement superficiels. Le point d'affrontement marginal qui a la plus grande importance, étant placé le premier, réunira A et B. Deux ou trois autres sutures verticales termineront l'accolement. Un dernier point supplémentaire sera posé en cas d'entrebâillement

possible au niveau de la ligne d'affrontement du bord libre (*Fig. IV*).



*Fig. IV*

Nous obtenons ainsi la superposition de deux surfaces cruentées à la ligne de section oblique sur le bord libre, donnant, avec les lignes de dédoublement, l'aspect d'un Z horizontal (  $\text{Z}$  ), de telle sorte que la coaptation terminée une encoche médiane n'est plus possible (*Fig. V*).



*Fig. V*

Dans le cas où une traction un peu forte ferait céder l'accrolement des bords d'un des plans (cet accident pourra plus facilement se produire à la face profonde, le bord libre tarso-muqueux étant moins élastique que le bord antérieur dont le prolongement latéral diminue la tension), le colobome formé serait masqué par la continuité de l'autre plan.

L'opération terminée, la tension du bord libre peut sembler parfois excessive, faisant envisager la possibilité d'ectropion secondaire. Cette complication n'est cependant pas à craindre ; dans les quelques jours qui suivent, 10, 15 ou 20, selon les cas, on voit cette tension se relâcher et la paupière reprendre une laxité normale.

## II. — Plaie Médiane à trois lambeaux

Au lieu d'une section verticale unique de la paupière, on peut rencontrer la modalité suivante : division de la paupière en trois parties : une interne à ligne de section plus ou moins distante du point lacrymal, une moyenne large d'un centimètre ou d'un centimètre et demi, libre, rétractée vers la joue, laissant à découvert la conjonctive bulbaire dans le cul-de-sac, une externe rétractée en dehors. Dans ce cas, le bord ciliaire du lambeau médian étant intact, au lieu de l'exciser et de rapprocher les bords des tiers interne et externe par une traction en rapport avec la largeur de ce lambeau, on l'utilisera de la façon suivante :

Le premier temps de l'intervention sera toujours identique : Régularisation des lèvres de la plaie, dédoublement, puis excision du plan tarso-conjonctival du lambeau médian.

Deuxième temps : Incision intermarginale au couteau de Graefe sur trois à quatre millimètres à la partie externe du lambeau interne et à la partie interne du lambeau externe, poussée jusqu'à l'extrémité de la déchirure. Résection en triangle du plan cutané correspondant à ces dédoublements latéraux, résection cutanée à laquelle suppléera justement le lambeau médian dédoublé.

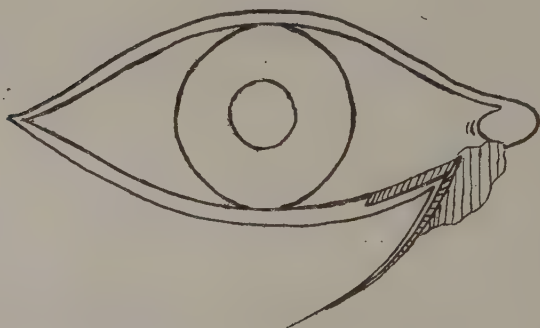
Troisième temps : Sutures du plan conjonctival par un premier point médian à nœud serré en dedans, puis un second affrontant rigoureusement au niveau du bord libre. Le cul-de-sac conjonctival ainsi reformé, sera ensuite recouvert par la peau du lambeau médian rétracté, une soie à chaque angle supérieur maintenant la continuité de la ligne des cils. Deux ou trois points superficiels, sur les deux incisions latérales verticales en compléteront l'affrontement. La réfection selon cette technique, de plusieurs accidents de cet ordre par le Professeur Duverger, obtint des résultats esthétiques tels qu'au bout d'un mois il fallait une observation attentive pour remarquer quelque trace de la blessure qui avait amené les malades dans le service.

### III. — Plaies de l'angle interne

Ces plaies peuvent être produites par un traumatisme direct et tranchant ; elles le sont plus souvent par un traumatisme indirect, par arrachement, et forment à elles seules la variété la plus fréquente des plaies de paupière. Elles sont aussi d'une réparation plus complexe : en ce point, les bords palpébraux, au lieu de

s'unir à angle aigu, embrassent un espace semi-elliptique à soutènement plus lâche, et seul le ligament palpébral interne présente un point de résistance suffisant pour y fixer l'angle supérieur du lambeau rétracté en bas et en dehors. De la conformation anatomique de l'angle interne, deux inconvénients peuvent donc découler que la réparation devra s'efforcer de combattre : l'élargissement de l'angle interne et le déplacement du bord libre en avant, laissant à découvert la caroncule. Envisageant le cas où le canalicule lacrymal est sectionné, nous ne pourrons évidemment remédier en rien à cet accident et n'aurons nullement à nous en soucier au cours de l'intervention. Comme les précédentes, elle s'effectuera en trois temps :

1° Transformation de la déchirure traumatique plus ou moins régulière, en plaie chirurgicale à bords nets (*Fig. VI*).



*Fig. VI*

2°. Dédoublement dans toute son étendue de l'angle supéro-interne du lambeau palpébral flottant, en évitant si possible de dépasser le point de départ de la ligne d'implantation des cils et excision du triangle conjonctival. Incision partant de l'angle interne dans l'axe oblique en haut et en dedans du bord libre de la paupière inférieure sur 5 à 6 millimètres ; cette incision, très superficielle, n'intéressera que la peau. Une seconde incision, partant de l'extrémité supéro-interne de la première, rejoindra la partie inféro-interne de la déchirure, et le triangle de peau qu'elles enferment sera excisé (Fig. VII).

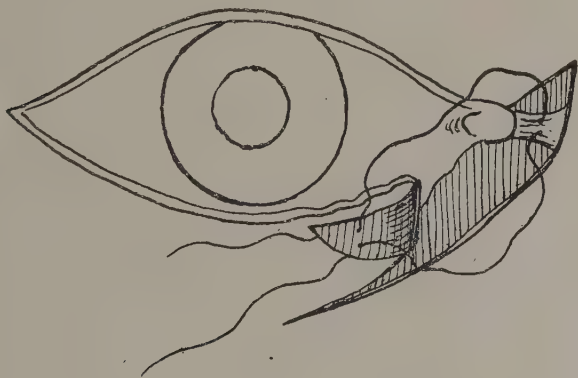


Fig. VII

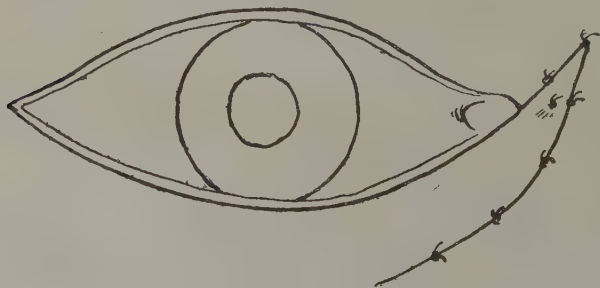
Un point à la soie N° 1 en U sera passé dans le tendon de l'orbiculaire (ligament palpébral interne) en s'efforçant de ne traverser que la moitié supérieure pour éviter de pénétrer dans le sac lacrymal situé immédiatement au-dessous de ce ligament. Les deux aiguilles

seront ensuite passées de la profondeur vers la superficie à la partie moyenne du lambeau cutané (*Fig. VIII*).



*Fig. VIII*

Les fils serrés à l'extérieur appliqueront en leur milieu, l'une contre l'autre, les deux surfaces cruentées palpébrales et angulo-nasale. Quelques points superficiels, dont un premier placé au niveau de l'angle supérieur du lambeau, les autres le long de ses bords externe et interne en compléteront l'accolement (*Fig. IX*).



*Fig. IX*

Notre lambeau ainsi fixé sur le seul point profond résistant de la région, nous obtiendrons une adhérence solide de la partie interne de la paupière, qui fera obstacle à toute possibilité de relâchement et d'éversion du bord libre.

#### IV. — Plaies de la Paupière Supérieure

Les plaies tranchant nettement la paupière supérieure dans toute son épaisseur et perpendiculairement au bord libre seront réparées à la partie moyenne et à la partie externe d'après les mêmes principes et procédés qu'à la paupière inférieure.

La réfection au niveau de l'angle interne, pour peu que la plaie soit assez limitée, sera beaucoup plus facilement réalisée qu'au point correspondant inférieur ; elle n'exigera qu'une simple suture en deux plans, la base du triangle pouvant être très restreinte. On n'aura pas à redouter de déformation similaire à celle du relâchement interne du bord libre inférieur et l'encoche dissimulée dans l'angle sera d'ordinaire fort peu visible. En revanche, tout le résultat final dépendra de l'état dans lequel le traumatisme aura laissé le releveur.

Ces plaies de la paupière supérieure sont, en général, produites par arrachement ; dans deux cas que nous avons pu observer, la lésion avait été produite par un crochet de boucherie qui, chez un des blessés, s'était directement engagé dans la fente palpébrale et avait déterminé l'arrachement par traction vers en haut ; chez l'autre, avait pénétré à la partie inférieure de la joue dans son tiers interne de bas en haut, puis ensuite accroché la paupière supérieure et l'avait déchirée obli-

quement de bas en haut et de dedans en dehors. Dans des cas semblables, il ne suffit plus de suturer le plan profond puis le plan superficiel, on obtiendrait sans doute le rétablissement d'une paupière protectrice du globe, mais en ptosis définitif, le releveur sectionné ne remplissant plus sa fonction. Si nous nous rappelons la disposition anatomique de ce muscle, nous voyons qu'il prend naissance au sommet de l'orbite, sur la gaine du nerf optique, au devant du trou optique, au-dessus du muscle droit supérieur avec lequel il a des connexions anatomiques et physiologiques très étroites. Il parcourt d'arrière en avant la cavité orbitaire cheminant immédiatement au-dessous de son plafond, jusqu'au septum orbitale qu'il traverse, étalant et dissociant ensuite les fibres de son éventail tendineux en deux plans ; l'un qui, doublé des fibres lisses du muscle supérieur de Muller, s'insère au sommet du tarse, l'autre se terminant par une série de languettes fibreuses à la partie profonde de la peau de la paupière, divisant ainsi la traction de façon régulière et égale sur toute sa largeur.

Si la plaie est verticale, le simple accollement des bords et leur suture en deux plans seront suffisants ; les fibres du releveur n'étant pas interrompues dans le sens d'action du muscle, son fonctionnement ne sera ni modifié ni limité. Si la section, transversale ou oblique cette fois, intéresse la paupière dans sa partie inférieure seulement, à 3 ou 4 millimètres du bord libre, on se contentera de suturer en deux plans : les fibres musculaires allant au tarse n'étant pas touchées, les autres resteront maintenues en avant par les tissus coaptés et peu après la paupière aura recouvré sa possibilité d'élévation.

Il n'en sera plus de même dans le cas que nous allons maintenant examiner, cas dans lequel le traumatisme a

sectionné obliquement et complètement la paupière dans toute son épaisseur et toute sa hauteur, la déchirure allant de l'angle interne à l'union supérieure de son tiers externe et de son tiers moyen au contact du rebord orbitaire. Le lambeau palpébral externe, comprenant la presque totalité de la paupière, éversé en dehors, laisse à découvert la moitié supérieure du globe. Il faudra, comme dans les réfections antérieurement décrites, procéder d'abord, après avivement et régularisation des lèvres de la plaie, à la réparation du plan profond. Quatre soies fines maintiendront l'affrontement de la conjonctive ordinairement très rétractée ; un ou deux points perdus au catgut rétabliront la continuité du tarse. Dans un second temps, très important, invitant le blessé à faire des mouvements d'élévation des paupières, mouvements souvent très limités par l'œdème environnant, nous pourrions remarquer des esquisses de rétraction en arrière et en haut des tissus déchirés. Nous chercherons alors, par de légères tractions opposées avec une pince, à les contrarier et à localiser ainsi le releveur au-dessus de sa division en fibres profondes et superficielles dissociées. Le muscle ne pouvant être facilement isolé, on passera simplement dans l'épaisseur des tissus que mobiliseront les efforts du blessé, deux ou trois catguts N° 00, fixés ensuite au tarse, l'un au centre, les deux autres latéralement à deux millimètres du premier. Les points de traction étant ainsi disséminés en largeur, à défaut de la *restitutio ad integrum*, impossible à obtenir, nous aurons une élévation moins anguleuse et plus régulière de la paupière, lors des contractions du muscle. L'affrontement du plan cutané sera assuré par 4 ou 5 points superficiels à la soie, le premier fixant minutieusement la continuité de la ligne des cils.

L'ablation des fils conjonctivaux, assez délicate, ne pourra être tentée avant le cinquième ou sixième jour, l'œdème qui accompagne toujours de semblables traumatismes ayant disparu et la coaptation du plan cutané commençant à se consolider.

Les mouvements d'élévation de la paupière seront très limités dans les quinze premiers jours ; ils s'étendront peu à peu vers la troisième semaine, pour permettre une ouverture palpébrale suffisante au bout d'un mois, parfaite au bout de trois mois.

---

## CHAPITRE III

---

### PLAIES VERTICALES VOISINES DE L'ANGLE EXTERNE

**Plaies avec perte de substance permettant  
une simple autoplastie par glissement temporal**

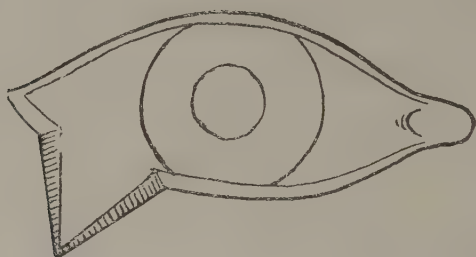
---

Le procédé de blépharoplastie par glissement temporal intermédiaire entre ceux déjà décrits et ceux que nous indiquerons dans le prochain chapitre, ne peut être avantageusement utilisé que pour la réfection des plaies siégeant à une faible distance de la commissure externe, qu'elles intéressent l'une ou l'autre paupière. Cette localisation étant précisée, l'étendue des tissus détruits par le traumatisme dictera seule la conduite à tenir.

S'il s'agit simplement d'une section de la paupière, perpendiculaire au bord libre, on y remédiera comme pour la plaie médiane, par un dédoublement suivi de sutures en deux plans ; mais, si le traumatisme a entraîné la destruction d'un tiers environ des tissus palpébraux, cette technique ne sera plus suffisante. La réparation ne pourra s'obtenir qu'en faisant glisser de dehors en dedans un lambeau cutané qui comblera la perte de substance, par un procédé inverse de celui que

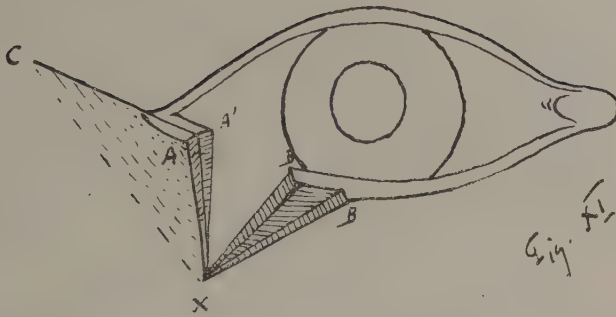
Szymanowski et Kuhnt conseillent dans le traitement de l'ectropion sénile. Ce qu'ils transportent à la tempe pour réduire le bord libre, nous l'y prenons pour l'allonger :

Dans un premier temps, les bords déchiquetés de la plaie seront avivés et régularisés par un ou deux coups de ciseaux de façon à obtenir une échancrure en V, nette (*Fig. X*).

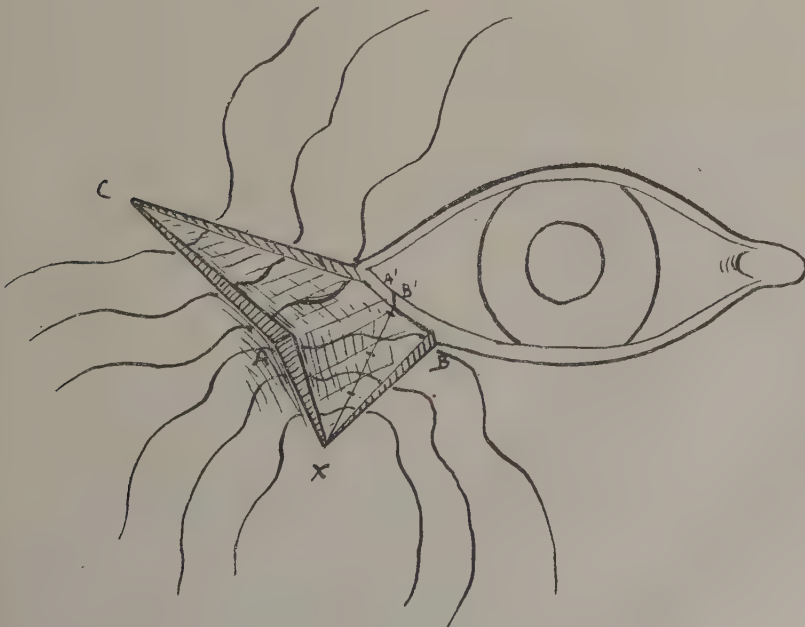


*Fig. X*

Les bords en seront dédoublés, du côté interne sur 2 à 3 millimètres, du côté externe jusqu'à la commissure ; puis, une incision n'intéressant que la peau, longue de deux centimètres environ, partant de cette commissure, ira obliquement en haut et en dehors. Elle limitera extérieurement un triangle cutané qui aura pour côté interne le bord de la plaie et pour base une ligne fictive joignant l'angle inférieur du V traumatique et l'extrémité supéro-externe de l'incision temporale. La peau sera libérée jusqu'à cette ligne (*Fig. XI*).



Ayant préalablement excisé un petit triangle cutané Bx B', on rapprochera les deux parties du plan conjonctival rétracté A' B' qui seront accolées par un premier point médian, un second au fond du cul-de-sac, un dernier à un millimètre du bord libre, assurant rigoureusement son affrontement. Le triangle cutané externe C A x libéré, attiré en dedans, recouvrira la ligne de suture conjonctivale (Fig. XII).



Les fils étant passés comme l'indique la figure, le point A sera fixé par une première suture au point B ; deux points au-dessous compléteront l'affrontement. Trois fils placés un peu obliquement pour soulager la traction sur la suture précédente, accoleront les bords de l'incision supérieure (Fig. XIII).

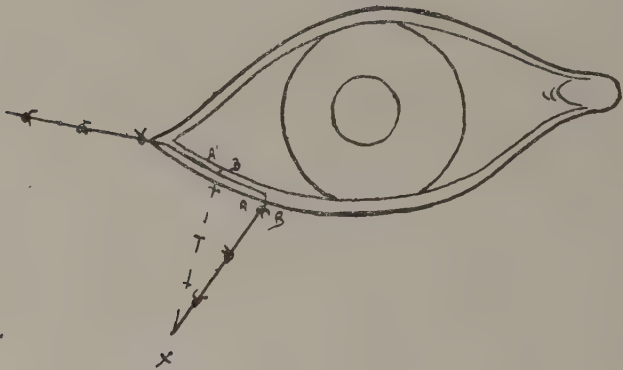


Fig. XIII

Ainsi, sans exciser de conjonctive et sans toucher au squelette fibreux de l'angle externe, nous aurons pu combler une perte de substance relativement considérable.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la tension immédiate du bord libre, qui peut paraître excessive, se relâche dans les jours qui suivent.

Ce procédé n'est d'ailleurs pas limité à la réparation des plaies traumatiques ; il s'applique aussi très heureusement au traitement chirurgical des tumeurs, papillomes ulcérés, nœvi, petits épithéliomas du bord libre,

surtout si leur siège est au niveau du tiers externe de la paupière. On pratique alors dans un premier temps l'ablation d'un coin de paupière comprenant non seulement la tumeur, mais deux millimètres de tissus sain sur chacun de ses côtés ; on a de la sorte produit une colobome plus ou moins large, qui sera réparé selon la technique que nous venons de décrire.

---

## CHAPITRE IV

---

### PLAIES AVEC LARGE PERTE DE SUBSTANCE EXIGEANT UNE AUTOPLASTIE IMMÉDIATE A LAMBEAU PÉDICULÉE

---

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les plaies d'étendue limitée — destruction du tiers environ des téguments palpébraux — réparables par rapprochement et affrontement des tissus immédiats. Mais, le traumatisme a-t-il produit une destruction plus grave, ces procédés ne seront plus suffisants et l'on devra recourir à l'une des opérations groupées sous le nom générique de blépharoplasties. Il en existe cinq méthodes principales comportant chacune d'elles un certain nombre de procédés.

La plus ancienne, méthode indienne, consiste à tailler un lambeau cutané au voisinage de la plaie à recouvrir, puis à le rabattre sur cette plaie par une torsion plus ou moins complète du pédiculé. Fricke prélevait ce lambeau à la région temporale ; Rollet appliquait la méthode à la taille de deux lambeaux symétriques à la partie supérieure de la paupière encadrant verticalement le sourcil.

La seconde méthode, méthode française ou par glissement des tissus voisins, a été exposée au chapitre précédent comme étant un procédé d'application très heureuse dans le traitement des plaies voisines de l'an-

gle externe entraînant une perte de tissus notable. Wharton-Jones puis Alphonse Guériin et Dieffenbach l'ont employée dans le traitement de l'ectropion de la paupière inférieure, y ayant apporté chacun une légère modification de technique.

La méthode par pivotement, vulgarisée surtout par Denonvilliers, n'est que la fusion des deux précédentes avec prise de lambeaux très grands capables de réparer des pertes de substance étendues et déplacés par rotation plutôt que par torsion.

L'état des tissus voisins, contus, mâchés, brûlés, souillés de terre, etc., ne permet pas toujours d'utiliser ces différents procédés à lambeaux de voisinage. Aussi, pour remédier à cette contr'indication, pourra-t-on employer la méthode à lambeau pédiculé à distance que Tagliacozzi imagina et appliqua le premier à la rhinoplastie. Cette méthode est malheureusement d'exécution difficile et donne des résultats plus ou moins constants et engageants ; pour ces motifs, elle fut longtemps délaissée; elle a cependant été reprise dans ces dernières années par P. Berger qui s'est surtout attaché à perfectionner le mode de contention du bras près de la tête ; cette technique, dite italienne, consiste à emprunter un lambeau cutané à la face interne du bras où il reste adhérent par un pédicule qui ne sera sectionné qu'après 6 à 7 jours. L'inconvénient de cette méthode est de soumettre le patient à un entraînement préalable pour conserver ensuite une position extrêmement pénible, aussi l'idée de Snyderker obviant au manque de tissus voisins convenables par la prise d'un lambeau pédiculé à la région cervicale est-elle beaucoup plus séduisante.

Si, par extraordinaire, il est impossible d'utiliser l'une quelconque de ces méthodes, on peut enfin recourir à l'emploi des lambeaux sans pédicule sous forme soit de greffe dermo-épidermique ou cutanée de Wolfe, soit de greffe dermique de Thiersh.

Nous ne décrirons pas chacun des procédés plus ou moins classiques, basés sur l'une ou l'autre de ces méthodes qui ont été jusqu'ici utilisés surtout dans le traitement de l'ectropion produit par des rétractions étendues de la paupière inférieure, consécutivement à des brûlures ou des lésions lupiques ; nous nous proposerons seulement de les envisager dans leur application possible et favorable à la restauration immédiate des plaies, dans le but d'obtenir une guérison rapide, complète et esthétique de ces plaies par première intention.

L'anesthésie locale, dont nous avons précédemment exposé la technique, suffira pour toutes ces interventions.

L'insensibilisation et la désinfection du voisinage par badigeonnage à l'alcool iodé étant obtenues, on procédera au nettoyage chirurgical de la plaie, en avivant ses bords et excisant les tissus mâchés à vitalité douteuse. Puis, premier temps, indispensable à toute autoplastie palpébrale importante, on pratiquera la tarsorrhaphie partielle ou totale suivant la technique de Mirault, d'Angers. Cette blépharorrhaphie temporaire sera maintenue en moyenne deux ou trois mois, selon les exigences du lambeau qui, dans certains cas, se rétractera ; dans d'autres (lambeau frontal), aura tendance à s'enrouler sur lui-même, formant bourrelet plus ou moins disgracieux et qu'il faudra souvent soumettre à une seconde inter-

vention dite de dégraissage. Ce temps, qui ne doit être qu'un premier temps, a parfois été considéré par certains opérateurs comme suffisant à la réparation ; il faut bien se garder d'une telle conception, blépharorrhaphie ne peut être synonyme de blépharoplastie et si, la coaptation des deux paupières ne lâchant pas, la guérison de la plaie peut s'obtenir par bourgeonnement, le résultat n'en sera pas seulement plus éloigné, mais au point de vue fonctionnel, très différent de celui que l'on espérait. La cicatrisation de la plaie aura produit une rétraction des tissus ; lorsqu'on libérera les paupières de leur fusion momentanée, elle produira, si par exemple, elle siège à la paupière inférieure, une traction fatale sur le bord libre vers en bas ; il y aura ectropion qu'il faudra de nouveau réparer par une autoplastie secondaire. La peau, sans doute, est élastique, mais cette élasticité, qui permet la suture des bords libres avivés puis leur adhérence, aura un effet contraire lorsque la séparation des paupières accolées aura détruit la résistance ; entrant alors en jeu librement l'élasticité cutanée reprendra en quelques jours tout ce qu'elle avait prêté par force.

Cette tarsorrhaphie exécutée, partiellement ou totalement, selon l'état du bord libre, à quelle méthode autoplastique donnerons-nous la préférence ? Comme nous l'avons pu voir, elles sont assez nombreuses pour satisfaire toutes les exigences et s'adapter à la complexité des cas cliniques, offrant dans certains des avantages, contr'indiquées dans d'autres par quelques inconvénients.

Les greffes sans pédicule ne seront jamais qu'un pis aller ; elles seront d'abord plus facilement exposées au sphacèle, puis leur rétraction consécutive est souvent

considérable ; elle dépasse, en général, l'étendue de la moitié du lambeau, tandis que celle d'un lambeau pédiculé n'atteint guère que le tiers. Ces greffes, surtout celles dermiques de Thiersh, nous semblent cependant d'un emploi préférable à celui du lambeau pédiculé à distance selon la méthode italienne pour les deux raisons principales suivantes : difficulté d'exécution, facilité d'infection.

L'indication de la méthode française par glissement est assez limitée, ce glissement ne donnant de résultats satisfaisants que pratiqué latéralement, tel l'apport d'un segment cutané temporal dans la réfection des plaies voisines de l'angle externe. Ce glissement latéral est avantageusement combiné avec un léger déplacement en hauteur ; ainsi le lambeau de peau décollé sera attiré de dehors en dedans et de bas en haut pour la réfection de la paupière supérieure, de dehors en dedans et de haut en bas pour celle de la paupière inférieure.

Mais des glissements dans le seul sens vertical sont loin de donner des résultats fonctionnels et esthétiques semblables ; ainsi des tissus pris à la joue pour combler une plaie de la paupière inférieure, un lambeau taillé verticalement comprenant le sourcil dans toute son étendue ou non pour réparer la paupière supérieure. Ce déplacement du sourcil serait d'un effet disgracieux et le bord libre, intact ou reconstitué, n'ayant plus aucun point d'appui, la tarsorrhaphie détruite, serait soumis à des rétractions fatales qui rendraient ainsi l'intervention illusoire.

D'autre part, ces déplacements latéraux dans les cas où, la plaie ayant détruit plus du tiers de la paupière, le glissement devrait être étendu, ne pourraient se faire

sans subir une traction marquée de la région voisine, traction qui nuirait à l'amplitude des mouvements palpébraux. C'est pour éviter cet inconvénient que l'on recourra à la méthode indienne.

Toute plaie de paupière, d'une certaine étendue, quel que soit son siège et dans la mesure où l'état des tissus voisins le permet, devra donc être réparée par l'application d'un lambeau cutané à pédicule, le lambeau subissant soit une torsion, soit mieux une simple rotation autour de ce pédicule. Moins la torsion en sera accentuée, moins l'angle formé sera saillant, et plus le lambeau sera facilement et régulièrement vascularisé.

Où devra-t-on prélever ce lambeau ? Selon les cas, il pourra l'être à la paupière supérieure, à la tempe, au front ou à la joue. Le choix n'en est pas indifférent, la peau ne présentant pas les mêmes qualités réparatrices en ces diverses régions.

L'utilisation de la peau de la paupière supérieure, mince, souple et élastique, donnera de beaucoup les résultats les plus favorables. Il sera facile et sans inconvénients consécutifs à redouter de prélever un lambeau atteignant jusqu'à deux centimètres sur toute la longueur palpébrale. Le pédicule sera externe, légèrement en dehors et au-dessus de la commissure. On pourrait encore, comme l'a fait Landolt, conserver au lambeau pris sur toute la longueur de la paupière supérieure un double pédicule externe et interne et le faire passer en pont pour réparer la paupière inférieure.

Le procédé inverse, consistant à prélever le lambeau à la paupière inférieure, est d'une exécution beaucoup plus délicate, celle-ci ayant bien moins de tissus disponibles et le risque d'ectropion consécutif étant, de ce

fait, très à craindre. Nous considérerons donc comme procédé de choix la blépharoplastie à lambeau pédiculé palpébral supérieur. Il n'est malheureusement pas toujours applicable, soit que le traumatisme ait intéressé l'une et l'autre paupière, soit qu'il ait produit une perte de substance telle à la paupière inférieure que ce lambeau ne pourrait suffire à la combler. Dans ce dernier cas, un lambeau temporal (la peau de cette région est également fine et souple) ne présenterait pas beaucoup plus d'avantages, la section de peau prélevable étant restreinte, limitée d'un côté par les cheveux, de l'autre par la queue du sourcil.

A la joue, la peau est plus épaisse et surtout souvent doublée d'une forte couche adipeuse qui pourra s'opposer à la bonne adaptation et à l'accolement du lambeau ; d'autre part, un dégraissage trop minutieux risque de nuire à la possibilité de nutrition du lambeau et de favoriser son sphacèle. Enfin, chez l'homme, l'étendue dépourvue de poils y est quelquefois très réduite.

Nous devons alors recourir au lambeau frontal à pédiculé temporal. La peau du front est de beaucoup la moins favorable, son derme épais est doublé d'une couche sous-dermique rigide qui s'appliquera moins bien sur la surface cruentée de la plaie, formera des bourrelets disgracieux tranchant par leur épaisseur et leur couleur sur les tissus avoisinants. Ces lambeaux pourront atteindre un résultat physiologique suffisant, ils ne donneront jamais de résultats cosmétiques parfaits.

Enfin, dans les cas, quotidiens pendant la guerre, d'extrême rareté aujourd'hui — par explosions dans les mines ou les carrières, par brûlures de la face chez les épileptiques, par accidents de chasse — où le trauma-

tisme a entraîné des lésions destructives des paupières avec altérations telles des tissus voisins qu'ils ne peuvent être utilisés à la réparation, on pourra recourir au procédé à lambeau cervical de Snyder.

En résumé, de ces différentes méthodes autoplastiques, c'est celle qui prélève un lambeau cutané pivotant autour d'un pédicule nourricier qui sera le plus souvent utilisable et nous donnera les meilleurs résultats fonctionnels et cosmétiques, surtout si nous pouvons emprunter à la paupière supérieure ou à la tempe le lambeau réparateur.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — L'urgence prime tout ; ces interventions n'ont de chance de succès que pratiquées dans les 48 premières heures après le traumatisme.

II. — Le dédoublement de la paupière est le premier temps indispensable à la réfection de toute plaie de paupière, comme la tarsorrhaphie doit être le premier temps de toute autoplastie palpébrale.

III. — Des soins post-opératoires minutieux et quotidiens dépendra en grande partie le succès final ; la guérison sera obtenue en six jours.

*Vu le Président de Thèse :*

F. DE LAPERSONNE.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

ADAMS. — *In traité de Wharton-Jones.*

CZERMAK. — *Die Augenärztlichen Operationen*, 1908.

DUVERGER. — *L'anesthésie locale en ophtalmologie.*  
Masson, 1920.

DUVERGER ET VELTER. — *Ophtalmologie de guerre.*  
Maloine, 1919.

FRICKE. — *Bildung neuer Augenlider nach Zerstörung  
und dadurch hervorgebrachter Auswärtswendung  
derselben.* Hamburg, 1829.

KUHNT. — *Zeitschr. f. Augenheilk.*, 1908.

LANDOLT. — *Archv. d'Ophtalmologie*, 1885.

MIRAULT. — *Ann. d'oculistique*, 1851.

MORAX. — *Ann. d'oculistique*, 1908.

ROLLET. — *Revue génér. d'ophtalmologie*, 1903.

THIERSH. — *Central bl. J. Chirurgie*, N° 24, 1886.

---

# TABLES DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                                                                     | 9  |
| CHAPITRE PREMIER. — Anesthésie et Instrumenta-<br>tion .....                                                           | 12 |
| CHAPITRE II. — Plaies des paupières avec perte de<br>substance minime sans emprunt de voisinage..                      | 18 |
| CHAPITRE II. — Plaies avec perte de substance per-<br>mettant une simple autoplastie par glissement<br>temporal .....  | 35 |
| CHAPITRE IV. — Plaies avec large perte de subs-<br>tance exigeant une autoplastie immédiate à<br>lambeau pédiculé..... | 40 |
| CONCLUSIONS .....                                                                                                      | 48 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                                    | 49 |

---

IMP. DU "PROGRÈS DU NORD"  
LILLE - 27, RUE DE BÉTHUNE, 27 - LILLE





